

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

603

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 4 heures.

CONSIDÉRATIONS SUR L'APPENDICITE

ET PLUS PARTICULIÈREMENT

SUR SON TRAITEMENT

PAR Paul RIGOT

Président : M. LANNELONGUE, Professeur.

Juges : { M. KIRMISSON
M. TUFFIER } *Agrégés.*
M. MAUCLAIRE

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

80x

FACULTÉ E MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 juillet 1900, à 1 heure.

CONSIDÉRATIONS SUR L'APPENDICITE

ET PLUS PARTICULIÈREMENT

SUR SON TRAITEMENT

PAR Paul RIGOT

Président : M. LANNELONGUE, Professeur.

Juges : { M. KIRMISSON
M. TUFFIER
M. MAUCLAIRE } *Agrégés.*



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BLANCHARD.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DEBOVE.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....		POTAIN.
Clinique des maladies des enfants.....		JACCOUD.
Clinique des maladies syphilitiques.....		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies nerveuses.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....		FOURNIER.
Clinique ophtalmologique.....		JOFFROY.
Clinique des voies urinaires.....		RAYMOND.
Clinique d'accouchement.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
		TERRIER.
		PANAS.
		GUYON.
		PINARD.
		BUDIN.

MM.

Agrégés en exercice :

ACHARD.	DUPRÉ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	LEPAGE.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MARFAN.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BROCA (AUG.).	TOURETTE.	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALTHER.
CHARRIN.	HEIM.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
PIERRE DELBET.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS
MADAME ET MONSIEUR URBAIN CHARTIER

605

A MA MÈRE

HOMMAGE DE RESPECTUEUSE AFFECTION ET DE PROFONDE
RECONNAISSANCE

A MON PÈRE

CORDIAL SOUVENIR, POUR LES PRÉCIEUX CONSEILS
QUE QUARANTE ANNÉES DE PRATIQUE MÉDICALE LABORIEUSE
ET DÉVOUÉE, LUI ONT PERMIS DE ME DONNER

A MON FRÈRE

A MON AMI ROBERT LOEWY

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

208

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

MEMBRE DE L'INSTITUT
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

QUI M'A FAIT LE TRÈS GRAND HONNEUR DE BIEN VOULOIR PRÉSIDER
MA THÈSE

PRÉFACE

La question de l'appendicite, si troublante, et qui depuis plusieurs années hante chirurgiens et médecins, reste toujours une des grosses questions à l'ordre du jour. Et, si quelques-uns des problèmes qu'elle suscite semblent résolus, elle en soulève beaucoup d'autres, qui méritent d'être étudiés, et dont la solution exigera encore bien des discussions.

Entendant parler d'appendicites de tous côtés, on s'est demandé si l'appendicite était une maladie nouvelle, si elle était apparue, de même que le choléra, la grippe, par suite de cette loi, qui fait que lorsque certains fléaux de l'humanité tendent à disparaître dans certaines contrées, d'autres surgissent.

L'appendicite n'est assurément pas une maladie nouvelle. Bien des morts inexplicables autrefois relè-

vent de l'appendicite et l'on a certainement rangé sous les rubriques de coliques hépatiques, coliques néphrétiques, coliques de miserere, volvulus, occlusions intestinales, péritonites, etc., des crises appendiculaires.

Il n'est pas de chirurgien ou de médecin actuel, qui ne puisse en se reportant quelques années en arrière, poser un diagnostic rétrospectif d'appendicite. Cette maladie a pris la place d'autres affections sous le nom desquelles elle était méconnue.

Mais un fait se dégage, également hors de doute, c'est que l'appendicite est assurément plus fréquente maintenant qu'il y a un certain nombre d'années.

Or, la fréquence de l'appendicite est en rapport direct avec celle des cas de grippe. Il semble donc bien que l'infection grippale joue un rôle dans l'évolution de l'appendicite, soit en altérant l'appendice et produisant une appendicite d'emblée, soit en réchauffant une appendicite ancienne, comme elle le fait souvent pour les salpingites.

Grâce à l'éloquente parole du Professeur Dieulafoy, la phase médicale du traitement de l'appendicite a vécu. Mais si l'intervention est bien admise, tous les chirurgiens ne sont pas d'accord sur le moment propice, ni sur la manière de procéder. C'est princi-

pablement sur ces deux dernières questions que je me propose d'insister dans cette modeste étude.

Il m'eût été aisé d'ajouter à ce travail une volumineuse bibliographie, car il n'est personne, pour ainsi dire, qui n'ait écrit actuellement sur l'appendicite, mais j'ai préféré m'abstenir, à cause de la trop grande facilité et du peu d'intérêt de cette longue énumération.

CLINIQUE. — SYMPTOMES. — FORMES.

Phase præappendiculaire.

La clinique de l'appendicite commence à être bien connue ; il existe, cependant, certains points sur lesquels il convient d'insister, parce qu'ils sont particulièrement intéressants.

Tout d'abord, le début à grand fracas, est-il le vrai début dans la grande majorité des cas ? Nous pouvons affirmer le contraire. Le Professeur Lannelongue, dans les leçons magistrales qu'il a faites cette année sur l'appendicite, insiste beaucoup sur la période qui précède les grands et manifestes accidents de cette maladie. Il distingue deux catégories de faits, dans ce qu'il appelle *la phase præappendiculaire*.

Dans une première série, il range les malades qui ont eu, avant la crise qui les amène au chirurgien, des accidents du côté du ventre : de la diarrhée, de la constipation, des alternatives de ces deux troubles fonctionnels,

de l'embarras gastrique fébrile avec coliques violentes, de l'entéro-colite muco-membraneuse, en un mot, des troubles de l'appareil digestif. Ces incidents variés de différentes espèces, revenant à intervalles indéterminés, que l'on observe chaque jour sans y prêter trop d'attention, acquièrent une singulière importance lorsque l'appendice vient à être touché par l'infection.

Dans un second groupe, le Professeur Lannelongue réunit les sujets qui ont déjà ressenti de vraies attaques d'appendicite, sans qu'elles aient été appréciées à leur juste valeur. Parmi ces patients, les uns ont été pris de nausées, de lientérie, de coliques, de tiraillements douloureux dans la fosse iliaque droite ; d'autres, au contraire, de constipation douloureuse avec ténésme ; d'autres encore ont eu de la gêne, de la pesanteur dans le ventre, avec ou sans troubles intestinaux.

Ce sont là, dit le Professeur Lannelongue, des signes d'appendicite qu'on confond avec nombre d'autres maladies : indigestions, coliques hépatiques, coliques néphrétiques, hernies, etc., etc., et que l'on reconnaîtrait vite, si l'on y regardait de près, comme on a le devoir de le faire actuellement.

On peut donc dire, sans être taxé d'exagération, que si, dans les cas reconnus pour être de l'embarras gastrique, on palpaît méthodiquement le ventre pour y rechercher la douleur provoquée au point de Mac-Burney, il est probable qu'on la découvrirait assez fréquemment. Cette douleur correspond à la phase d'appendicite pariétale avec

altérations de l'épithélium et formation de petits abcès folliculaires, mais sans réaction péritonéale. Quant au mécanisme de la douleur, il est fort difficile à interpréter, car bien souvent, il n'y a à ce moment, contrairement à certaines opinions, ni lésion du péritoine, ni calcul à l'intérieur du canal. Il est permis d'invoquer, pour l'expliquer, l'irritation de l'appendice, ou l'excitation des terminaisons nerveuses, cependant, dans certains cas, à l'examen microscopique des tissus, on ne trouve absolument rien.

Cette période *præappendiculaire* peut durer de nombreuses années, jusqu'au jour où les accidents deviennent plus graves.

Il est peu facile de donner un type clinique caractéristique de l'appendicite formellement déclarée qui s'établit à la suite. Les malades présentent des phénomènes divers suivant la nature de l'agent pathogène et selon la résistance du terrain sur lequel cet agent évolue (1). Ce qu'il est très-important de noter, c'est que jamais on ne peut dire, à l'avance, quelle sera l'évolution d'une appendicite.

On peut distinguer :

La forme septique de Mikulicz, dans laquelle la péritonite septique s'installe d'emblée, le plus souvent à la suite de la perforation de l'appendice, bien qu'elle puisse se voir sans perforation.

(1) Appendicite à la suite de grippe, de rougeole, des maladies infectieuses en général, frappant le tissu lymphoïde (Letulle), survenant par conséquent sur des sujets déjà affaiblis; appendicites familiales dont on publie à tout instant de nouveaux cas: Albarran, Société de Chirurgie, 7 février 1900, etc.

L'infection, l'intoxication, sont alors si puissantes que le sujet n'a pas la force de réagir : la réaction péritonéale est médiocre, le ventre peu douloureux, mais de grands frissons surviennent, la température baisse, le facies est plombé, subictérique, le nez, les extrémités se refroidissent et la mort arrive.

La forme d'appendicite classique, avec début brusque, douleur en coup de pistolet (Roux), vomissements, ballonnement du ventre, température de 38 à 39°, hyperesthésie cutanée (Dieulafoy), douleur provoquée au point de Mac-Burney, défense musculaire, suivis d'empatement dans la fosse iliaque droite et de submatité.

La forme atténuée, où tous ces symptômes existent, mais atténués, quelques-uns même pouvant manquer.

La forme latente, que l'on pourrait appeler ambulatoire : dans certains cas on découvre l'appendicite, comme on découvre parfois la pleurésie.

Des formes anormales :

L'appendicite prolongée, suivant l'expression du Professeur Lannelongue avec ses phases de calme plus ou moins complet, ses retours de poussées aiguës, ses types intermittents ou non (D'Ussel).

L'appendicite chronique d'emblée (Brun) (1).

Walther distingue enfin deux formes d'appendicite chronique :

dans une première, l'appendice semble peu malade,

(1) BRUN. *Presse médicale*. Mai 1897.

mais il y a déjà des lésions péri-appendiculaires étendues, des adhérences, des brides reliant le vermium aux organes voisins ;

dans une deuxième, il n'y a pas de lésions périphériques ; on observe des phénomènes dyspeptiques et des troubles de nutrition, quelquefois assez prononcés pour faire penser à un cancer (1).

(1) WALTHER. *Société de chirurgie*, Séance du 14 février 1900.

MARCHE. — COMPLICATIONS.

La marche des appendicites est maintenant chose trop connue pour que j'insiste.

L'appendicite aiguë peut se terminer par résolution et tout signe peut disparaître au bout de douze à quinze jours.

Elle peut donner naissance :

1° A la péritonite septique ;

2° A la péritonite purulente généralisée. Cette affection est exceptionnelle ; ce que l'on voit surtout ce sont de grands abcès de la cavité péritonéale ;

3° A des abcès péri-appendiculaires, qui peuvent à leur tour, soit infecter la grande cavité close péritonéale voisine, soit s'y vider, soit s'ouvrir dans les organes voisins, cæcum, rectum, etc., soit déterminer comme l'appendicite elle-même, parfois jusqu'au commencement de la convalescence (Routier), des abcès à distance ou multiples (forme de Nélaton).

Je passe sur les complications de l'appendicite qui

deviendront d'autant moins fréquentes qu'on les opérera plus tôt. Je rappelle seulement les complications hépatiques, chez les enfants, surtout dans les formes subaiguës et les complications pleurétiques, sur lesquelles, le Professeur Dieulafoy vient d'insister encore tout récemment.

DIAGNOSTIC.

Cliniquement, le diagnostic se pose de la façon suivante :

Le plus souvent on est appelé près d'un malade pris depuis un jour ou deux de coliques violentes avec douleur dans le côté droit et plus particulièrement dans la fosse iliaque du même côté. On trouve de la douleur, très nette au point de Mac-Burney. Le thermomètre, placé dans l'aisselle, accuse 39° de température. Et après avoir éliminé rapidement les perforations de l'estomac, du duodénum et de l'intestin, qui donnent de la péritonite putride (perforations typhiques) on pose le diagnostic exact.

Mais la chose n'est pas toujours aussi facile et la reconnaissance de la maladie devient souvent plus délicate : il peut arriver par exemple que l'on se trouve en face d'un sujet en pleine péritonite, d'aspect infecté avec les yeux excavés, le nez pincé, les extrémités refroidies, le ventre ballonné et les questions suivantes se posent instantane-

ment : de quoi s'agit-il ? d'une appendicite, d'une annexite, d'une infection puerpérale, d'un cas d'hystérie ? Il faut alors pour diagnostiquer le cas, interroger avec soin la malade ou ceux qui l'amènent pour savoir au juste ce qui s'est passé : Il faut demander si la femme n'a pas accouché récemment, si elle ne vient pas de faire une fausse couche, si elle n'a pas eu il y a quelque temps un retard dans ses règles avec pertes consécutives ; puis, les réponses à ces premières questions étant négatives, rechercher si elle n'a pas présenté depuis plusieurs mois ou années des accidents de salpingite ; on dirige également ses investigations du côté des symptômes que peut présenter le système digestif. En résumé, on tâche par tous les moyens possibles de se renseigner sur l'évolution de la maladie dont on ne voit que la dernière scène.

A la suite de cet interrogatoire minutieux, on procède à l'examen systématique de la malade. C'est le cas de pratiquer méthodiquement la palpation du ventre. On doit essayer à l'aide du troisième doigt de localiser exactement la douleur (schéma de Lannelongue), pour en déduire son siège précis. Les résultats acquis par le palper du ventre ne sont pas suffisants, car il est de notion courante qu'un appendice peut se trouver dans toutes les positions possibles et notamment en position ascendante retro-cæcale. De plus il ne faut pas oublier que les cas où le maximum de douleur se trouve à gauche de la ligne médiane sont encore assez fréquents (Vanwerts, Rosenthal et Thiercelin).

L'appendice peut encore se trouver souvent en position pelvienne (Barnsby) (1) et les gynécologues savent combien est fréquent l'accolement ou l'adhérence de l'appendice avec la trompe ou l'ovaire. Le toucher vaginal doit être alors pratiqué, on étudie la consistance du col, sa forme ; par le toucher bi-manuel, on détermine la position de l'utérus et des annexes et on recherche les signes de grossesse. Si l'on a la sensation bien nette d'un empatement douloureux dans un des culs-de-sacs, si l'on reconnaît les bosselures de la trompe avec leurs sillons caractéristiques ; il est à présumer qu'il s'agit d'une salpingite. L'erreur, si elle avait lieu, serait d'ailleurs d'une importance toute relative et n'aurait d'influence que sur le choix de l'incision, car dans les deux cas d'appendicite ou de salpingite, l'indication reste la même, il faut faire immédiatement la laparotomie. Quand les malades atteintes de salpingo-ovarite ont des crises douloureuses aussitôt après les repas, ou lorsque les accidents s'accroissent au moment des règles, on peut songer à des adhérences de l'appendice avec les annexes.

Nous venons de considérer la différenciation entre l'annexite et l'appendicite ; or il faut bien savoir que ces deux affections peuvent coïncider, non seulement parce que, comme on l'a vu et dit plus haut, les organes sont en contact, mais parce qu'elles coexistent sur le même sujet, à l'exemple d'une grippe et d'une fracture. Il est parfois arrivé à des chirurgiens expérimentés d'opérer des ma-

(1) *Société anatomique*, 7 janvier 1898.

lades pour une lésion quelconque du ventre, de la vésicule biliaire, par exemple, et de voir les douleurs persister malgré l'intervention. Les malades souffraient des mois, des années. On pensait alors à des lésions péri-utérines ; on opérait une seconde fois ; et malgré cette nouvelle laparotomie, les malades continuaient à souffrir jusqu'au jour où, lors d'une dernière opération, on pratiquait l'exérèse de l'appendice, ce qui permettait d'obtenir comme conséquence le soulagement des patients et leur guérison définitive.

On est en droit de se demander si certains cas analogues (persistance des douleurs après l'ablation des ovaires), que l'on rattachait exclusivement à l'hystérie ou à des adhérences, n'étaient pas dus à des douleurs causées par une inflammation appendiculaire. Ces cas sont appelés à disparaître depuis que l'on sait utiliser le plan incliné de Trendelenburg, les champs limités, et que l'on connaît bien l'appendicite. La conclusion naturelle de ces quelques lignes est que dans les cas d'ovarites très douloureuses, un peu anormales, il faut toujours, au moment de l'opération, rechercher l'appendice, l'explorer et l'enlever s'il présente quelques traces de poussée inflammatoire.

Récemment M. le docteur Bouilly intervenait chez une jeune femme dont deux frères étaient précédemment morts d'appendicite. Cette malade présentait des symptômes de kyste para-ovarien, et c'est pour cette affection que l'on pratiquait l'opération. Elle avait, en effet, un kyste contenant quatre cents grammes environ de liquide purulent

qui fut enlevé. Mais, comme dans les derniers jours, elle avait ressenti des douleurs un peu anormales comme siège, dans le haut de la fosse iliaque droite, M. Bouilly explora l'appendice, sentit une concrétion à son intérieur et l'enleva. L'appendice était malade.

Je veux maintenant insister sur l'hystérie :

1° Il y a une appendicite, chez les hystériques, semblable à celle qui se déclare chez les gens normaux.

2° Une appendicite, qui lorsqu'elle se développe sur un sujet affecté d'hystérie prend une forme anormale, en raison des troubles de cette névrose ; par exemple, il n'y aura pas de douleur à la pression par suite de l'anesthésie de la peau.

3° Enfin, des hystériques ont des symptômes d'appendicite sans appendicite réelle, de même qu'ils peuvent avoir des symptômes d'occlusion intestinale allant jusqu'aux vomissements fécaloïdes (Dieulafoy) et des troubles de calorification.

Ce sont là des cas où le diagnostic est extrêmement difficile et ils deviendront de plus en plus fréquents, comme le sont devenus ceux de ces personnes que M. le docteur Bouilly appelle les *fausses utérines*, qui présentent des signes caractéristiques d'une affection des organes génitaux internes et ne sont en réalité que des neurasthéniques ou des hystériques.

Pour bien reconnaître à quelle maladie on a affaire il faut donc rechercher systématiquement avec soin tous les

symptômes, tous les stigmates de l'hystérie, mais tout en se rappelant le cas de Glantenay (1) il vaut mieux risquer de faire une laparotomie inutile que de méconnaître une appendicite.

Quelques mots à présent pour comparer l'appendicite et la fièvre typhoïde, car j'estime que l'on peut parfois se demander à laquelle de ces deux maladies on a affaire.

La fièvre typhoïde frappe, on le sait, la fin de l'iléon et le cæcum. Il existe souvent de la douleur dans la fosse iliaque droite. De plus, il arrive que les lésions frappent les différentes couches de l'intestin jusqu'à la séreuse, qui laisse cependant passer suffisamment de germes pour déterminer, du péritonisme d'abord et de la péritonite ; de sorte que lorsqu'on se trouve en présence d'un malade, présentant de la douleur à droite et du ballonnement du ventre, sans qu'on ait assisté au début de sa maladie, on peut être arrêté un instant.

D'ailleurs il peut exister de l'appendicite typhique. C'est assez fréquent : l'appareil folliculaire si développé de l'appendice est touché au même titre que celui du reste de l'intestin. Les cas d'appendicite typhique sont toujours très graves, au même titre d'ailleurs que les perforations

(1) En présence d'une malade présentant tous les signes d'une appendicite M. le docteur Glantenay se décide à intervenir, il trouve l'appendice sain et le laisse en place. Peu de temps après, nouvelle crise appendiculaire, nouvelle laparotomie, cette fois on enlève l'appendice, on l'examine et on y découvre des lésions. Mais les accidents persistent malgré cette ablation et ce phénomène est le même, que celui, bien connu, qui se passe lorsqu'on enlève les ovaires chez les hystériques.

de l'iléon dans cette affection, car on sait que lorsqu'une perforation est complète dans la fièvre typhoïde, il y en a toujours d'autres à côté qui sont en train de se faire. L'idéal dans les cas d'appendicite typhique, serait de réséquer de part et d'autre de la perforation une grande portion d'intestin pour pratiquer ensuite l'entéro-anastomose. Mais c'est là une opération bien grave, surtout en raison de l'état des malades.

Le diagnostic différentiel entre la péritonite aiguë d'origine appendiculaire et l'occlusion intestinale aiguë, est souvent des plus délicats (cas d'Albarran et Caussade, R. Loewy, etc.); d'ailleurs il faut bien savoir que toute péritonite paralyse l'intestin. M. le docteur Jeanne (1) a insisté récemment sur ces faits et mis en relief la sensibilité extrême du cul-de-sac recto-vésical ou recto-utérin dans le cas de péritonite. C'est là un bon signe. Quant à la persistance de la contractilité intestinale dans l'occlusion et son absence dans la péritonite, M. le Docteur Tuffier fait remarquer avec juste raison que c'est un signe d'obstacle mécanique à la circulation intestinale, mais que si ce symptôme a une valeur quand il existe, son absence ne permet pas de conclure (2).

Reste la question à l'ordre du jour : le diagnostic des appendicites avec une série de lésions, qui donnent leur syndrome clinique et que l'on désigne sous le nom de *para-appendicites* (Monod et Vanwerts) quand il s'agit de lésions

(1) JEANNE. Appendicite avec péritonite aiguë et diagnostic différentiel avec l'occlusion intestinale.

(2) TUFFIER. *Société de Chirurgie*, 7 février 1900.

extra-péritonéales et de *péri-appendicites* quand il s'agit de lésions intra-péritonéales. Mais en employant ces préfixes *para* pour les inflammations cellulaires autour d'un organe et *péri* pour le revêtement séreux Virchow voulait, comme le fait remarquer avec son esprit critique habituel M. le Docteur Pierre Delbet, voulait, dis-je, montrer l'étroite dépendance qu'il y a entre les affections des viscères et les lésions du tissu cellulaire qui les entoure. On trouve de ces péri ou para-appendicites sans qu'il y ait de lésions apparentes de l'appendice, cela ne prouve pas que l'appendice n'en soit pas la cause : si l'appendice n'était pas en jeu : 1° pourquoi n'aurait-on pas autant de lésions dans la fosse iliaque gauche que dans la droite ? (Routier); 2° le nombre des adénites cervicales ou autres que l'on rencontre sans qu'on trouve la porte d'entrée de l'infection est illimité (Routier).

Nous appellerons *juxta-appendicites* ces cas d'erreur de diagnostic, faciles en matière d'appendicite, comme le dit le Professeur Le Dentu; le mot *juxta* ne préjuge en rien de la cause des lésions diverses et de diverses origines que l'on rencontre dans le voisinage du cœcum et qui simulent l'appendicite : perforation de l'iléon, du cœcum, adénite et lymphangite præcœcale, périçœcale, épiploïte, etc., puis affections plus rares, telle la typhose syphilitique (1).

(1) CONDAMIN. *Société de Chirurgie de Lyon*, 1900.

DISCUSSION SUR L'INTERVENTION.

Je commence ce chapitre, en rappelant qu'il y a quelque temps, on divisait les chirurgiens en interventionnistes (ceux qui veulent toujours opérer) et non-interventionnistes (ceux qui ne veulent pas d'opération). Ensuite, vinrent les opportunistes, qui conseillaient d'attendre trente-six à quarante-huit heures et voulaient voir si la situation n'allait pas changer, avant de prendre une décision.

Ces classifications n'existent plus, depuis le retentissant rapport du Docteur Poirier à la Société de Chirurgie, qui montre qu'actuellement tous les chirurgiens sont d'accord pour intervenir.

Il faut donc intervenir, mais à quel moment doit-on intervenir ?

Beaucoup pensent qu'on doit opérer dès que le diagnostic est fermement établi. Cependant, actuellement, des

nuances tendent à s'établir : comme on ne sait jamais comment évolue une appendicite, si l'on arrive dans les quarante-huit premières heures et si l'on est sûr de son diagnostic, il faut opérer. Mais si l'on se trouve en présence d'un malade qui a eu une crise franche d'appendicite, il y a cinq ou six jours, avec vomissements, ballonnement du ventre, douleurs typiques, fréquence du pouls et température ; si cette température a disparu, si le facies est meilleur, les yeux moins excavés, le pouls presque normal, si le malade se sent mieux et que l'on ne constate pas de péritonite, sauf une locale de la fosse iliaque droite se traduisant par de la douleur, de l'empâtement, de la défense musculaire à ce niveau, prouvant que l'organisme réagit : on comprend très bien que certains chirurgiens préfèrent attendre, ne veulent pas risquer de détruire des adhérences encore jeunes, de diffuser un pus virulent dans la cavité péritonéale et temporisent pour opérer à froid, tout en surveillant de très près leurs malades. Je me hâte d'ajouter, que d'une façon générale, l'irruption de pus au cours d'une opération, dans le péritoine, quand on a bien soin de faire un bon drainage, n'a pas la gravité que tout le monde lui attribue actuellement. Ce qui est dangereux pour le péritoine, c'est la cavité close. C'est là une idée chère à M. Poirier et que confirme d'une façon éclatante sa pratique journalière de l'hôpital Tenon.

Donc, il est actuellement hors de doute qu'il faille intervenir dès le début de l'appendicite, si les symptômes sont

menaçants et à plus forte raison si le malade est en pleine péritonite (1).

La question devient, en pratique, plus délicate, si le sujet a des crises légères de coliques appendiculaires. Il est des enfants qui sont pris un jour de coliques, de quelques vomissements; puis, tout se calme. Ils sont repris cinq ou six mois après des mêmes accidents, avec douleur provoquée au point de Mac-Burney et légère défense musculaire. L'enfant continue à vaquer à ses occupations; on n'a pas pris sa température. Cependant si l'on examine, on constate de la douleur dans la fosse iliaque droite, l'enfant repousse la main qui le palpe et le cæcum est légèrement distendu. L'enfant est évidemment atteint d'appendicite, il a tout à gagner d'une intervention, tout à perdre s'il attend, car il est toujours sous la menace d'une nouvelle crise plus forte que la première. Mais, c'est là que l'on rencontre véritablement des difficultés dans la pratique, car il y a toujours de la part de la famille une certaine résistance, très explicable d'ailleurs, à laisser ouvrir le ventre d'un enfant, qui semble se porter presque aussi bien que les autres. On trouve toujours à vous citer le cas de telle ou telle personne, qui a eu plusieurs crises d'appendicite et qui n'est pas morte. Mais ces objections sont absolument insuffisantes : d'abord, un appendice qui a été touché ne revient jamais à l'état normal et, comme il est

(1) SIRON. De l'intervention précoce dans les péritonites aiguës diffuses, d'origine appendiculaire; thèse de Paris, 1898. — *Archives générales de médecine*, 1898.

toujours là menaçant, le sujet traité médicalement est astreint à une hygiène et à une nourriture spéciale, à une surveillance continuelle(1), qui ne lui permet que très relativement de se déplacer et de voyager, qui lui défend les exercices physiques ; en résumé, il se trouve dans un état d'infériorité physique, qui réagit forcément sur son moral et modifie son caractère.

Voilà pour le côté pour ainsi dire social ; mais au dessus plane la question de l'existence et sans rappeler les cas bien connus maintenant de mort survenue après plusieurs années, nous nous contenterons de remémorer celui si retentissant de Gambetta, qui eut sa première crise d'appendicite à l'âge de onze ans et qui mourut dans la force de l'âge, des suites de cette appendicite que M. Lannelongue avait voulu opérer (2).

Donc, il faut opérer et le plus tôt possible. En attendant l'opération, on doit comme le préconise M. Poirier, surveiller l'enfant de très près en prenant sa température

(1) M. le Professeur Biermer, recommande à ses malades de porter sur eux pendant un ou deux ans une fiole de teinture d'opium, dont ils prendront un nombre suffisant de gouttes au moment des coliques (!). — Traitement médical de l'appendicite. *Presse médicale*, 12 juin 1898.

(2) M. Liouville, ayant interrogé M. Gambetta père à Nice, sur les antécédents pathologiques de son fils, il lui a été répondu ceci : à l'âge de onze ans, M. Léon Gambetta a été atteint d'une affection abdominale du côté droit qui dura trente deux jours et donna de telles inquiétudes qu'on crut l'enfant perdu à plusieurs reprises. Le médecin de Cahors qui le soignait avait exprimé toutes ses craintes à la famille. Dans le cours de cette affection, traitée surtout par des médicaments externes, il y aurait eu des évacuations dans lesquelles il semble qu'on ait trouvé du pus. Il se serait manifesté en même temps une suppuration parotidienne. (Blessure et maladie de M. Gambetta : Observation clinique par M. le Pr Lannelongue, autopsie par M. le Pr Cornil. Masson, éditeur, 1883. Note de la page 38).

plusieurs fois par jour. Et dans le cas où l'on arrive quelque temps après une crise, où l'on ne constate plus que de la douleur dans la fosse iliaque avec une légère dépense musculaire, la température est une indication suffisante pour justifier l'intervention.

TRAITEMENT MÉDICAL.

Disons tout d'abord que l'appendicite est une maladie qui regarde le chirurgien et non le médecin. Actuellement le traitement médical peut être résumé de la façon suivante : mettre le malade au lit et au repos le plus absolu, lui recommander de ne se lever ou même s'asseoir sur son lit sous aucun prétexte, placer à son chevet une personne chargée de lui passer les objets dont il peut avoir besoin ; faire des piqûres de morphine, pour calmer les douleurs et immobiliser l'intestin ; mettre à la diète ; placer des vessies de glace, pas trop lourdes, ou au contraire, des compresses très chaudes légèrement alcoolisées sur le ventre. Chez certains malades, la glace réussit quand les compresses chaudes ne calment pas, et inversement. Il y a quelques années, lorsqu'on admettait encore la théorie de la typhlite avec coprostase, on appliquait volontiers des sangsues sur la peau de la fosse iliaque droite et l'on donnait des purgatifs. La question de savoir s'il y avait grand danger à donner des purgatifs dans les cas

d'appendicite, a suscité quelques discussions. Elle est aujourd'hui jugée : « Au début d'une colique appendiculaire, il ne faut jamais donner un purgatif, comme on est que trop porté à le faire » (Talamon).

Je viens de parler du traitement opiacé, j'insiste sur un point capital en pratique et que voici : lorsqu'on administre à un malade en crise appendiculaire de l'opium à haute dose, la scène clinique change du tout au tout ; la douleur disparaît, la défense musculaire cesse, le faciès devient meilleur et si d'autres médecins sont appelés auprès du malade, à ce moment, ils ne se rendent pas un compte exact de la situation. Or, l'erreur est funeste dans ces cas, la vie du malade en dépend. Donc, il faut ou ne pas donner d'opium, ou, si l'opération, pour des raisons absolues ne peut être faite le jour même, donner de la morphine mais ne pas se laisser influencer par l'amélioration apparente du malade.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Nous prendrons comme type une opération d'appendicite à froid. Il importe avant tout que la peau du ventre du malade et les mains du chirurgien soient propres. Nous ne reviendrons pas sur les discussions retentissantes de la Société de Chirurgie. Il est évident que pour pratiquer une appendicite, comme pour toute autre opération, il faut prendre d'avance certaines précautions : éviter de toucher du pus et, la veille au soir comme le matin au réveil, pratiquer un lavage soigneux et systématique des mains et avant-bras. D'une façon générale, le chirurgien qui touche du pus doit employer des gants en caoutchouc, mais inéluclablement, à un moment donné, on est forcé de s'infecter les mains : il faut alors pratiquer des lavages répétés dans la journée, pour empêcher la stagnation des germes dans les glandes de la peau et l'infection de ces glandes.

Il faut laver avec soin au savon et à l'alcool le ven-

tre du malade deux jours d'avance et appliquer des pansements antiseptiques.

Le malade a été purgé la veille.

On l'endort, et retirant son pansement, on brosse au savon et on lave à l'éther, à l'alcool et au sublimé, puis on pratique l'incision.

Voici d'après M. le Professeur Terrier (1) un énoncé rapide des divers modes d'incision :

1° ouverture sur la ligne blanche (cas de péritonites).

2° incisions latérales :

α procédé de Roux de Lausanne (1890) ;

β procédé de Ch. Mac-Burney (1894)

3° incisions latérales parallèles à la ligne blanche :

α procédé de Max Schüller (1889) ;

β procédé de William H. Battle (1895) ;

γ procédé de Kammerer de New-York (1897) ;

δ procédé de Jalaguier (1897) ;

4° incision lombo-iliaque :

α procédé de Grinda de Nice (1897) ;

β procédé a posteriori de P. Poirier (1898) ;

En réalité, ces procédés sont tous bons et tous mauvais, il faut inciser où se trouve le maximum d'empatement.

On incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses et les muscles, et l'on n'ouvre le péritoine que lorsque l'hémostase est parfaite. Il est bon d'éviter que du sang tombe dans la cavité péritonéale au moment où l'on incise le péritoine.

(1) TERRIER. De l'appendicite *Revue de Chirurgie*, 10 janvier 1900.

On place les champs opératoires : il vaut mieux en employer plusieurs qu'un seul tendu, car il est plus aisé de les changer s'ils sont infectés.

Une bonne précaution est de fixer latéralement les compres- presses sur le bord de chaque lèvre de l'incision avec des pinces, de façon que l'intestin si l'on est obligé de le sor- tir ne soit pas en contact avec la peau.

On incise alors le péritoine, puis on glisse des compres- ses entre la partie malade et le reste de la cavité périto- néale. On prend soin de repérer, avec des pinces, le péritoine et l'on tombe sur l'appendice entouré, de ses fausses mem- branes.

A partir de ce moment, il n'est plus possible de donner une description systématique.

Il faut agir suivant les circonstances, suivant la manière dont se présente l'appendice. Si l'on tombe immédiate- ment dessus, on l'isole de son méso, en liant les artères du méso à l'aide de catgut; puis, on lie, toujours avec du catgut, la base à cet appendice et l'on place une pince hémostatique près du catgut. On passe la lame du thermo- cautère entre la ligature et la pince. Certains chirurgiens recouvrent alors le moignon de l'appendice et le méso de péritoine.

Il importe dans toutes ces opérations d'être rapide et de ne pas trop toucher les parties voisines.

On assèche bien la région opératoire, on retire les com- presses qui protègent l'intestin et l'on ferme la paroi à l'aide :

1° D'un surjet péritonéal avec quelques points arrêtés, en ayant soin de traverser avec l'aiguille près du bord de l'incision péritonéale en prenant un peu de muscle, de façon à ne pas créer de recessus, qui faciliteraient les hernies consécutives.

2° En ayant soin, toujours, de bien assécher la paroi, on fait un second plan musculo-aponévrotique, également en surjet au catgut (1).

Ceci fait, on lave le pourtour de la peau à l'alcool, on se passe les mains dans l'alcool et l'on fait la suture cutanée au crin de Florence.

Lorsque le sujet est très gras, il est sage de mettre un petit drain dans la peau.

On place des compresses stérilisées, de l'ouate hydrophile, de l'ouate ordinaire et un bandage de corps en flanelle. Les sous-cuisses en gros caoutchouc sont mieux supportées que les sous-cuisses en flanelle.

Voici donc la technique de l'opération de l'appendicite simple.

Il est des cas où l'opération est au contraire très délicate, même lorsque le malade est opéré à froid, et où l'on a d'assez grandes difficultés à trouver l'appendice ; souvent, c'est encore mieux par le palper que par la vue qu'on le découvre. M. Routier a insisté sur ces cas où l'appendice est incrusté dans la paroi postérieure du

(1) Chaque fois que l'on commence ou termine un surjet au catgut, il faut toujours faire au moins quatre nœuds dont un double.

cæcum. Dans certains cas, l'appendice est absolument collé contre la paroi par le péritoine et l'on est obligé, comme dans l'observation suivante, de désencapsuler l'appendice en retournant le péritoine, comme un gant sur un doigt.

OBSERVATION

Obs. de W. . . , âgée de 29 ans, doreuse sur cuivre. Entrée à Cochin, salle Velpeau, le 8 juin 1900.

Antécédents. — A 21 ans, séjour de quatre mois à Saint-Antoine, pour chloro-anémie; scarlatine à 24 ans, d'une durée de deux mois, qui guérit parfaitement. Réglée à 18 ans, tous les 28 jours.

Depuis six ans environ, pertes blanches continuelles, qui augmentèrent progressivement et devinrent abondantes. Pertes de sang pur ou de liquide séro-sanguin.

En même temps, depuis un an, douleurs dans le bas-ventre, exagérées par la marche, irradiées vers la région lombaire avec maximum dans la fosse iliaque droite.

Constipation presque continuelle.

Première crise. Le 17 octobre dernier (1899), sans aucun prodrome, la malade est prise de violentes douleurs abdominales, avec diarrhée abondante qui ne dure que 24 heures. En même temps, vomissements bilieux, jaunâtres. Le lendemain 18 la malade entre à l'hôpital Cochin (service de M. le Dr Schwartz). La douleur siège dans les deux fosses iliaques, mais surtout à droite. On la traite avec de la glace sur le ventre et des injections vaginales. Au bout de quinze jours grande amélioration, la malade veut sortir. Elle sort en effet et chez elle garde encore le lit deux mois. Les pertes blanches sont alors plus abondantes que jamais.

Deuxième crise. Il y a deux mois surviennent des accidents identiques mais moins violents. La malade recommence à travailler au bout de quatre jours.

La troisième et dernière crise survient du 3 au 6 juin.

Examen. — Rien de particulier à noter sur l'état général. Le ventre est souple, il n'existe pas de défense musculaire, mais on éveille de la douleur à la pression profonde. On sent assez haut dans la fosse iliaque droite un empâtement profond et assez dur.

Diagnostic. — Appendicite.

Opération le 12 juin. Incision au niveau du maximum des lésions. On tombe sur le cæcum et l'appendice apparaît collé à la fosse iliaque droite et absolument encapsulé par le péritoine. M. le Dr Bouilly isole la base de l'appendice et décolle le péritoine en le retournant, comme un gant sur un doigt. La manœuvre est faite avec précaution, car l'appendice est long et mince.

Ligature au catgut à la base de l'appendice, on place une pince hémostatique sur le corps de l'appendice, près de la ligature et on sectionne entre les deux, au thermo-cautère.

Fermeture de la paroi à l'aide de surjets péritonéal et musculo-aponévrotique, puis crins de Florence pour la peau ; pas de drainage.

Suites opératoires : Le 4^e jour on enlève deux points de suture trop serrés. La ligne de réunion est complète.

Dans d'autres cas enfin, on tombe sur un cæcum présentant comme un voile de fausses membranes injectées de capillaires et il arrive parfois qu'il est absolument impossible de trouver trace de l'appendice dans certains cas anciens. Témoin le cas suivant :

COURT RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION.

Obs. de O..., âgée de 34 ans, employée, entrée le 5 juin 1900, à Cochin, salle Velpeau.

Malade depuis dix jours.

Elle a été prise, quelques jours avant ses règles, le jeudi de l'Ascension à midi, par une douleur brusque et violente dans le côté droit du ventre avec frissons et vomissements dans la nuit.

Auparavant la malade était très constipée. Il y a trois ans, elle a eu une inflammation d'intestin. Elle souffrait au côté droit, elle n'a pas vomi, mais elle a mis trois mois à guérir.

A la palpation on sent au point de Mac-Burney et se prolongeant en dehors et en haut, une masse, qui se termine en bas par un cordon cylindrique et douloureux. Le reste de l'abdomen est souple et indolore.

Laparotomie le 9 juin 1900. Incision par M. le Dr Bouilly le long du bord externe du droit. On tombe sur un gros intestin adhérent et congestionné. On recherche le cæcum. On remonte jusque sous le foie, mais on ne trouve pas l'appendice. Les recherches ayant été longues et vaines on referme par deux plans de catgut et des crins cutanés ou drains.

On a probablement affaire à un appendice sectionné lors de la première crise et ayant disparu.

La malade va bien.

Dans les cas où il y a du pus, l'opération reste la même; mais il faut autant que possible chercher à enlever l'appendice, car si l'appendice est laissé la menace subsiste. En tout cas, il faut drainer et drainer très-largement.

Dans les cas d'appendicite nécrosante et perforante il faut manier le cæcum avec prudence, car lui-même peut être touché et se déchirer (Letulle).

Il vaut mieux mettre deux drains qu'un seul, car lorsque l'écoulement de la poche purulente péri-appendiculaire n'est pas parfaitement assuré, le pus peut s'infiltrer dans la paroi et déterminer un phlegmon au niveau de l'incision.

On laisse les drains plusieurs jours. Dans la plupart des cas le drainage de deux jours n'est pas suffisant. Mais, ce qu'il importe, c'est dans les jours qui suivent l'opération, de retirer les drains et de les laver au sublimé, pour s'assurer qu'ils sont perméables et qu'il ne reste pas de caillots à l'intérieur. Le jour où on enlève le drain qui peu à peu a été raccourci et diminué, on met une petite mèche dans la paroi, pour que le trajet du drain puisse se vider. On enlève les crins du 8^e au 12^e jour suivant les circonstances.

Nous venons de voir la conduite à tenir dans les cas d'appendicite avec péritonite localisée.

Dans les formes avec péritonite généralisée, il est sage de faire une ou deux contre-incisions : une dans la fosse iliaque gauche, une sur la ligne médiane et de mettre dans la cavité péritonéale de longs et grands drains.

La question des lavages se pose alors tout naturellement. Dans quels cas faut-il laver la cavité péritonéale ? L'appendicite est une maladie toxi-infectieuse et les poisons répandus dans la cavité péritonéale intoxiquent très rapidement l'économie entière. Il semble logique d'enle-

ver par de grands lavages ces matières toxiques, mais on doit envisager la question de plus près. Il y a péritonites et péritonites. Il y a la péritonite purulente localisée et la péritonite purulente généralisée qui est absolument exceptionnelle. Comme on le voit ce que l'on a pris souvent pour des péritonites généralisées ce sont de vastes abcès multiples de la cavité abdominale : la forme de Nélaton, ou encore la forme septique diffuse de Mikulicz dans laquelle la dissémination des germes est tellement rapide, que la cavité abdominale n'a même pas la force de réagir.

Les adversaires du lavage objectent qu'en injectant de l'eau dans le ventre, on risque de détruire des fausses membranes qui sont des barrières contre l'infection. A cela on répond que les germes qui sont inclus dans ces fausses membranes sont atténués ; l'objection n'est pas suffisante : la pratique a montré les dangers résultant du lavage dans un cas de péritonite localisée récente et actuellement la plupart des chirurgiens ne lavent plus. Le lavage se fera dans les cas où il y a de grosses choses dans le ventre, des matières fécales avec corps étrangers ; on se sert de grandes quantités d'eau salée stérilisée chaude, liquide isotonique : cela rend véritablement de grands services. De même, le lavage est autorisé dans les formes septiques diffuses.

Dans quelque cas enfin, quand un abcès péri-appendiculaire a été ouvert, qu'il y a un phlegmon de la paroi et qu'au bout de quelques jours le contenu de la poche est encore très sale (détritus sphacelés, etc.), on peut pratiquer de légers lavages avec de l'eau oxygénée.

Il arrive, dans les cas d'appendicite avec péritonite, quand on opère trop tard, que la péritonite se prolonge et que le météorisme devient énorme. Alors l'intestin sort, au moment où on fait la contre-incision pour rechercher un abcès quelconque. Il ne faut pas vouloir à toute force le rentrer dans le ventre, mais faire une ponction dans cet intestin, vider les gaz qu'il contient, faire une suture très soignée à trois plans de la petite ouverture et le paquet intestinal rentre facilement. Néanmoins il faut agir vite, car le météorisme se reproduit promptement et il est plus sûr dans ces cas d'employer de la grosse soie plate pour la fermeture de la paroi.

Enfin il est des cas où les malades arrivent à l'hôpital complètement refroidis, mourants; il ne faut jamais reculer, faire des grandes incisions et laver en prenant le soin de faire des injections de sérum pendant l'opération et même des injections de caféine ou d'éther.

« Il faut rester sourd à toute autre considération que le désir de lutter contre la mort; si vous n'écoutez que le cri de votre conscience, vous opérerez toujours, à toute heure, même *in extremis* et vous vous consolerez des morts si nombreuses qu'elles soient, qui d'ailleurs ne dépendent en rien de l'acte opératoire lui-même, par les guérisons qui auront été obtenues grâce à l'intervention chirurgicale » (1).

(1) POTHERAT. *Société médico-chirurgicale*, 13 décembre 1897.

SOINS CONSÉCUTIFS A L'OPÉRATION

Les soins consécutifs à l'opération préconisés par les divers chirurgiens, diffèrent. Voici une façon de procéder qui donne d'excellents résultats.

On se base sur la température et sur l'état du poulx, pour ce qu'il faut faire aussitôt après l'intervention. Si le thermomètre marque 36° par exemple, on entoure le sujet de boules d'eau chaude et on fait une piqûre à l'éther ; si le poulx est petit, on injecte de la caféine ; si le malade est faible, on donne une injection de sérum artificiel de 500 gr. ou d'un litre (1). Quant la miction fait défaut, on sonde environ toutes les quatre heures, avec les précautions habituelles. Quatre heures après la fin de l'intervention, si le patient n'a pas eu d'évacuation spontanée, on donne un petit lavement glycérimé et l'on renouvellera le lavement tous les jours jusqu'à la guérison.

(1) Les ampoules les plus pratiques sont actuellement celles de MM. Hallion et Carrion.

Le malade est mis à la diète absolue pendant vingt-quatre heures. S'il se plaint par trop de la soif, on peut lui appliquer de temps à autre des compresses mouillées sur les lèvres, ou, s'il est raisonnable, lui permettre de se rincer la bouche avec de l'eau de Vichy.

Il est sage, chez les enfants, de maintenir les membres inférieurs liés au niveau des genoux ou des malléoles.

Si le malade souffre, est trop agité, ne dort pas, on peut injecter cinq gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine à 1/50.

Le second jour, on donne à intervalles plus ou moins rapprochés du bouillon, du lait ou de la limonade par cuillerées à bouche.

Le troisième jour, on commence à alimenter avec un jaune d'œuf battu dans du bouillon et l'on administre une légère purgation, à l'aide d'un verre d'eau de Sedlitz.

Le quatrième jour, on fait prendre un potage gras et le cinquième, une côtelette, pour arriver progressivement à un régime normal, mais cependant léger.

Le quinzième jour, le malade peut s'asseoir et le vingtième jour, se lever.

Comme je l'ai dit au début, cette méthode n'est pas invariable : certains préfèrent attendre six jours avant de donner un petit lavement, puis neuf ou dix jours avant d'administrer la purgation et quand les gaz embarrassent le sujet mettre une sonde rectale.

Il va de soi qu'il n'y a pas de règle absolue, c'est une

affaire de tact. Il est évident que si en opérant on a trouvé de grosses lésions du cæcum on attend un peu plus pour donner un purgatif.

Quand le malade quitte l'hôpital, on peut lui conseiller dans les cas où l'on n'est pas absolument sûr que la paroi est solide (cas suppurés par exemple) de porter pendant quelque temps une ceinture abdominale.

PRONOSTIC.

La question du pronostic est des plus délicates. Les cas d'appendicite sont tellement variables, qu'il est impossible d'établir d'une façon générale le pronostic de l'appendicite. Il a été discuté à Berlin, à la Société de médecine interne en 1891, à Londres à la société Clinique en 1891, mais les statistiques (Guttman, Fürbringer, Fowler, etc.) ne signifient rien, car les chirurgiens ne voient pas tous les cas et les cas guéris par les médecins passent, deux ou trois ans après, entre les mains des chirurgiens. Le pronostic dépend, comme l'a dit le Professeur Lannelongue de l'intensité de l'affection; cependant on peut d'après lui tirer des indications de la couleur de la quantité et de la toxicité des urines.

CONCLUSIONS.

CLINIQUE. — DIAGNOSTIC.

1° Il existe bien comme l'a montré le Professeur Lannelongue une « *phase præappendiculaire* » de l'appendicite. Cette phase comprend deux groupes de faits bien distincts : dans une première série, les malades ont des troubles intestinaux variés, revenant à intervalles indéterminés ; dans une deuxième série, ce sont de véritables crises appendiculaires qui passent inaperçues ;

2° Dans cette phase d'appendicite pariétale, il est des cas où l'on ne peut expliquer la douleur ;

3° Dans les cas d'intervention pour les annexes, avec siège de douleur un peu anormale, il faut explorer systématiquement l'appendice.

4° Il y a une appendicite normale chez les hystériques, une appendicite anormale parce qu'elle évolue sur un terrain hystérique, et une fausse appendicite.

5° La sensibilité extrême des culs-de-sacs inférieurs du péritoine est un bon signe différentiel de la péritonite appendiculaire et de l'occlusion intestinale.

6° Les para et péri-appendicites sont fonction d'une infection de l'appendice, apparente ou non, les juxta-appendicites simulent l'appendicite mais résultent de lésions d'autres organes.

TRAITEMENT

7° Le traitement opiacé est trompeur, dans la période aiguë de l'appendicite, car il modifie le tableau clinique.

8° Il faut intervenir, toujours, dans l'appendicite. L'appendicite est une maladie chirurgicale, comme l'a si bien établi le Professeur Dieulafoy.

9° Il faut intervenir dès que l'appendicite a passé de la phase pariétale à la phase péritonéale (Lannelongue) ; d'ailleurs douleurs d'appendicite pariétale, après une crise, accompagnées de température, suffisent, comme indication opératoire pour M. le Docteur Poirier.

10° Quand ce diagnostic ferme d'appendicite est posé, il faut intervenir le plus tôt possible ; dans les 48 premières heures d'une appendicite, il faut toujours intervenir, car on ne sait jamais comment elle se termine.

11° Lorsqu'on se trouve en présence de malades à la fin d'une crise aiguë, que la localisation s'est bien faite, que l'état général est bon, certains chirurgiens préfèrent attendre la fin complète de la crise pour opérer à froid, mais on n'est jamais à l'abri d'une surprise.

12° Il faut intervenir dans les appendicites à froid le plus tôt possible également.

13° Il faut chercher à enlever l'appendice et insister pour le trouver; c'est la formule vers laquelle tend actuellement M. le Docteur Poirier.

14° Dans certains cas on ne trouve pas l'appendice (résection à froid).

15° En opérant il faut détacher les adhérences épiploïques et les réséquer, car elles peuvent être cause de douleurs simulant l'appendicite (Walther).

16° Il faut inciser là où existe le maximum de lésions.

17° Il faut employer le catgut pour la ligature de l'appendice et du méso, ainsi que pour la suture des parois.

18° Dans les cas d'appendicite suppurée, il faut drainer largement et laisser les drains plusieurs jours, si c'est nécessaire.

